

# Manejo quirúrgico de frenillo superior: reporte de caso

## Surgical management of upper frenum: case report

CD. ESP. Oscar Alcazar Aguilar<sup>1</sup>  
Rosa Bautista<sup>1</sup>

<sup>1</sup> EAP de Estomatología, Universidad Alas Peruanas. Lima, Perú.

Fecha de reporte: 16/05/2016

### RESUMEN

Usualmente se observa frenillos patológicos en diversos pacientes de grupos de edades distintos. La presencia de estos frenillos con una inserción inadecuada van a conllevar principalmente a problemas fonéticos; así como también estéticos; compromiso en la oclusión, razón por la cual es sumamente importante valorar la historia clínica del paciente para su manejo clínico-quirúrgico adecuado a aplicar según la elección del profesional luego de la valoración de la historia clínica.

Se reporta un caso clínico de un paciente de sexo masculino de 7 años de edad, que asiste a consulta con su apoderado, manifestando "problemas al hablar". Se realizó frenectomía superior con la finalidad de corregir el frenillo patológico. Realizamos controles post operatorio los cuales finalizaron en resultados estéticos y funcionales satisfactorios para el paciente.

**Palabras claves:** frenillo superior, diastema, frenectomía.

### ABSTRACT

Pathological braces are usually observed in several patients of different age groups. The presence of these braces with improper insertion will entail problems mainly phonetic; well as aesthetic; commitment occlusion, why it is extremely important to assess the patient's medical history for proper clinical and surgical management to apply according to the professional's choice after assessing the medical history a case of a male patient of 7 -year-old who attends consultation with his attorney, stating "slurred speech" is reported. Top frenectomy was performed in order to correct the pathological frenum. We

perform postoperative controls which ended in satisfactory for the patient aesthetic and functional results.

**Keywords:** upper frenum, diastema, frenectomy.

### INTRODUCCION

Los frenillos son prolongaciones de tejido conjuntivo fibroso, cubiertos por una membrana mucosa que se encuentran ubicadas en tres zonas de la cavidad oral, por lo tanto tenemos tres tipos de frenillos: frenillo labial, frenillo lingual y frenillo inferior vestibular. Hablando a nivel histológico están compuestos por fibras elásticas y colágeno, no obstante estudios realizados demuestran la presencia de músculo estriado (1). Anatómicamente los frenillos inferiores poseen menor tamaño con respecto al frenillo superior. Clínicamente pueden pasar desapercibidos sin valorar que estos pueden conllevar a ciertos sucesos desfavorables para el paciente, llámese: estéticos (diastema muy acentuados), funcionales (fonación) y de oclusión (2). Así mismo el no valorar el la inserción de este va a interferir en los pacientes con aparatología ortodóntica evitando el éxito de dicho tratamiento y en casos críticos limita el movimiento de los labios alterando la fonación del paciente. Con respecto al tratamiento quirúrgico se tiene como propuesta: frenectomía, Z-plastia, frenectomía a láser, razón por la cual es fundamental analizar las desventajas y beneficios para elegir de forma efectiva el tipo de tratamiento a realizar, de este modo potencializaremos los resultados (3)(4).

A continuación se reporta el caso de un niño de 7 años de edad con frenillo corto de inserción baja, con diastema en la línea media, además presenta dislalia, se describe el manejo quirúrgico y su evolución.

### CASO CLINICO

Se presenta el caso de un paciente de 7 años de edad, con problemas del habla "dislalia" desde hacía, aproximadamente 5 años. El paciente no reporta antecedentes

patológicos relevantes. A la evaluación clínica se observa frenillo corto de inserción baja situado en encía interproximal cuya implantación que ejercía tensión desde la superficie vestibular y palatina con una notable isquemia en la zona de inserción. Dicha inserción provocó el diastema entre las piezas 1.1 y 2.1 (figura 1).



Fig. 1

Se realizó test de isquemia o maniobra de Graber, se efectúa con una tracción del labio hacia arriba y adelante. Se observa la papila isquémica con coloración pálida. Todo lo descrito se realizó para determinar confirmar si el diastema es causado por el frenillo patológico.

En primera fase se realizó higiene oral (profilaxis) con escobillas y pasta profiláctica. Se continúa con la aplicación de anestesia tópica local (lidocaína al 2 % epinefrina, 1:80.000), para dar inicio a la cirugía ambulatorio, con la técnica de frenectomía con electrocauterio (figura 2).



Fig. 2

Luego de la aplicación de anestesia infiltrativa vestibular y palatina se realizó la cauterización del frenillo en dirección inferior hacia superior (figura 3), con el apoyo de una pinza mosquito se fue retirando el frenillo liberado, quedando tejidos internos

expuestos (figura 4), se procedió a la succión de sangrado y compresión, para finalizar con la cauterización se dio los últimos retoques para que se obtenga un trazo único de patrón lineal, así se lograría una cicatrización óptima.



Fig. 3



Fig. 4

Culminada la cauterización se procedió al lavado con suero fisiológico y succión de los excesos líquidos, se inició con la sutura, aguja redonda 0000 seda negra, requiriendo de cuatro puntos simples (figura 5).

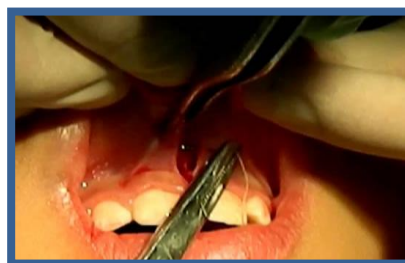


Fig. 5

Al finalizar la cirugía se prescribió: paracetamol 500 mg por 3 días cada 8 hrs y amoxicilina de 500mg por 5 días media tableta cada 6 hrs, además de las siguientes recomendaciones: consumo de dieta blanda, semilíquida a temperatura ambiente,

maximizar la higiene oral de 3 a 4 veces al día con colutorios sin alcohol y control post operatorio los cinco días posteriores a la intervención (figura 6).



Fig. 6

En el post operatorio no se manifestó inflamación de consideración severa la evolución fue favorable, de cicatrización rápida, además el paciente negó síntomas de dolor, irritación a la evaluación clínica (figura 7).



Fig. 7

Se continuó con terapias de lenguaje para corregir la dislalia funcional, con los especialistas competentes, hoy se ve un cambio muy marcado en la fonación del paciente. Así mismo es más sociable y hay mejora notable en su rendimiento académico.

## DISCUSION

Si bien es cierto existen diversas técnicas estas deben de ser evaluadas a elección según el tipo de paciente, el lugar donde se desarrollara la intervención la edad y compromiso sistémico del paciente.

La técnica más utilizada es la frenectomía simple y la Z-plastia, las cuales son muy invasivas y traumáticas, razón por la cual es recomendable el uso de láser o electrocauterio, por tener como consecuencia un post operatorio mucho más favorable (5).

## CONCLUSION

El presente artículo concluye en, no hay una edad específica para realizar la frenectomía, además se debe de valorar los daños ocasionados por el frenillo patológico.

Es fundamental el uso de exámenes auxiliares por tener el área de trabajo altamente vascularizado.

La técnica requerida debe ser elegida según el tipo de paciente, consideración de la historia clínica y lo recomendable para el post operatorio del paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Delli K, Colb. Facts and myths regarding the maxillary midline frenum and its treatment: A systematic review of the literatura. Quintessence Int. 2013;44:177-187
2. Mohan R, Soni P, Krishna M, Gundappa M. Proposed classification of medial maxillary labial frenum based on morphology. Dent Hypotheses. 2014;5:16.
3. Díaz A, Puerta M, Verbel J. Manejo quirúrgico de frenillos labiales sobreinsertados: reporte de caso. Revista Salud Bosque, Vol 4 N 1, Pag 69-74.
4. López C, Bencomo H, Areas D, Rivero O, Fernández G. Frenillo labial superior doble. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2013 Dic [citado 2016 Mayo 16] ; 85( 4 ): 523-528. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312013000400012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312013000400012&lng=es)
5. Junior RM, Guerios La, Silva IH, De Albuquerque A, Leao JC. Labial Frenectomy with Nd:YAG laser and conventional surgery: A comparative study. Lasers Med Sci. 2013; 28:1-6.

Email: [S.decanatouap@gmail.com](mailto:S.decanatouap@gmail.com)  
TL +51 987220183